

## چالش‌های اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان کرمان: یک مطالعه کیفی

محمدحسین مهرالحسنی<sup>۱</sup>، محمد جعفری سیریزی<sup>۲</sup>، سمیراسادات پورحسینی<sup>۳</sup>، وحید یزدی فیض‌آبادی<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** در نظام سلامت، ارزیابی سیاست و تعیین چالش‌های آن برای بهبود و اجرای اصلاحات ضروری است. سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی به عنوان دومین اصلاح بزرگ نظام سلامت بعد از مراقبت‌های بهداشتی اولیه از سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت اجرا می‌گردد. مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفی چالش‌های اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان کرمان انجام پذیرفت.

**روش‌ها:** مطالعه کیفی حاضر در سال ۱۳۸۹ با استفاده از بحث گروهی متمرکز نیمه ساختارمند و مرور اسنادی انجام پذیرفت. تعداد ۱۰ نفر از مجریان سیاست در دانشگاه علوم پزشکی، بیمه خدمات درمانی و پزشکان خانواده استان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌های حاصل از مصاحبه گروهی متمرکز و مرور اسنادی به روش تحلیل محتوا تحلیل گردید.

**نتایج:** چالش‌های این سیاست به هفت مقوله اصلی شامل مکانیزم‌های انگیزشی نامناسب، ضعف در اثربخشی آموزشی، ضعف در جامعیت دستورالعمل‌های اجرایی، ضعف در کفایت سرانه و تخصیص آن، کارآمدی پایین نظام مدیریت اطلاعات سلامت، نقص در زنجیره ارجاع و بسترسازی فرهنگی ناکافی تقسیم گردید.

**بحث و نتیجه‌گیری:** موفقیت هر سیاست، مستلزم ارزیابی دوره‌ای چالش‌های اجرایی آن است و این فرصت مناسبی را برای ارتقای کارکرد سیاست در راستای اهداف از پیش تعیین شده، فراهم می‌آورد. همچنین با توجه به گسترش این سیاست برای مناطق شهری با جمعیت بزرگ، توجه بیشتر به برطرف نمودن موانع و محدودیت‌ها از سوی مسئولین ملی و محلی ضروری است.

**واژگان کلیدی:** پزشک خانواده، بیمه روستایی، ارزیابی، چالش‌ها، اجرای سیاست، ایران

### مقدمه

این تعریف، بعد عینی، فنی و کمی ارزیابی و بعد ارزشی و کیفی آن را توأمان پوشش می‌دهد. علاوه بر این ارزیابی پیش، حین و پس از اجرا را در بر می‌گیرد (۲).

در طول سال‌های گذشته، توجه به نابرابری‌های اجتماعی در بهره‌گیری از خدمات بهداشتی - درمانی

ارزیابی سیاست بر به کارگیری مجموعه‌ای از روش‌های تحقیق برای بررسی قاعده‌مند اثربخشی مداخلات سیاستی، اجرا و فرایندهای آن دلالت دارد که در پی تعیین مطلوبیت و ارزش آن‌ها در راستای بهبود شرایط ذینفعان و گروه‌های هدف می‌باشد (۱).

۱- استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت ارایه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- عضو مرکز تحقیقات مدیریت ارایه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳- دانشجوی دکترای تخصصی سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

Email: v\_yazdi@kmu.ac.ir

نویسنده مسئول: وحید یزدی فیض‌آبادی

آدرس: کرمان، ابتدای بلوار جهاد، خیابان ابن سینا، معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مرکز تحقیقات مدیریت ارایه خدمات سلامت

تلفن: ۰۳۴۱-۲۲۶۳۷۱۹ فاکس: ۰۳۴۱-۲۲۶۳۸۵۷

افزایش یافته است. در بسیاری از مناطق جهان نیاز به اصلاحات در بخش بهداشت و درمان وجود دارد و افزایش بهره‌وری از سیستم مراقبت بهداشتی - درمانی یکی از اهداف اصلاحات می‌باشد (۳). van Uden و همکاران در پژوهش خود بیان نمودند که خود-ارجاعی باعث ازدحام و شلوغی واحد فوریت‌ها و بیمارستان‌ها می‌شود و اگر این امکان فراهم شود که همه ارجاعات به وسیله پزشک عمومی غربالگری شوند، از حجم کاری واحدهای سطوح بالاتر کاسته می‌شود (۴). در اروپا و آمریکای شمالی، افزایش هزینه‌های سلامت، اصلاحاتی را ایجاب نموده است. این اصلاحات در ابعاد ارتقای وضعیت پزشکان، مراقبت اولیه، واگذاری نقش «دروازه‌بانی» به پزشکان در نظام سلامت و محدود نمودن دسترسی مستقیم به پزشکان متخصص، نمود پیدا کرده است (۵-۱۰). در برخی کشورهای دیگر نظیر انگلستان، دانمارک، نروژ، اسپانیا و هلند نیز نظام‌های سلامت به گونه‌ای است که نظام ارجاع در آن‌ها استقرار یافته است و بیماران را از سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه به پزشکان متخصص در سطوح بالاتر ارجاع می‌دهند (۱۱، ۱۲).

در کشور ما جریان اصلاح نظام سلامت از حدود سال ۱۳۸۱ پا گرفته است. اصلاح نظام سلامت برای تداوم پاسخگو بودن این نظام در برابر نیازهای جامعه، ضرورت تام دارد. هدف اصلاح نظام سلامت در ایران دست زدن به سلسله‌ای از تغییرات هدفمند مستمر برای بهبود کارایی و اثربخشی، ارتقای سطح سلامت مردم و جامعه، تأمین دسترسی همگان به خدمات، محافظت مردم در برابر مخاطرات مالی ناشی از بیماری‌ها، تأمین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداخت‌ها است. یکی از کارهای صورت گرفته در

زمینه اصلاح نظام سلامت، تدوین آیین‌نامه نظام ارجاع و پزشک خانواده است که ارایه خدمات از طریق سطح‌بندی آن‌ها را مد نظر دارد (۱۳). یکی از مهم‌ترین وظایف سیاست پزشک خانواده، ارایه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است که بدون ارایه این خدمات نمی‌توان از اصطلاح پزشک خانواده برای ارایه صرف خدمات درمانی استفاده کرد؛ زیرا کلیه خدمات سلامت به جمعیت تحت پوشش در برنامه پزشک خانواده به شکل فعال ارایه می‌شوند (۱۴). مراقبت‌های اولیه با دو هدف بهینه‌سازی سیستم خدمات بهداشتی - درمانی و عدالت در توزیع منابع، ارایه می‌گردد (۱۵). سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در کشورمان به منظور توسعه عدالت اجتماعی طراحی و اجرا گردیده است (۱۶).

در راستای تلاش پیگیر مجلس شورای اسلامی به ویژه کمیسیون بهداشت و درمان و با همکاری سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، در قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنین مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر، امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب سیاست پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد (۱۷). مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که استفاده از سیستم بیمه، اولین گام در اصلاح نظام سلامت و عملی‌ترین استراتژی برای بهبود عدالت در سلامت می‌باشد (۱۸، ۱۰، ۳). طرح بیمه روستایی با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع با اهداف ایجاد و بهبود نظام ارجاع در کشور، افزایش پاسخگویی در بازار سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیر ضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش

خدمات اجرا شده است (۱۹).

Amado و Santos عقیده دارند که داشتن یک پزشک خانواده در مراقبت‌های اولیه، منجر به توسعه یک رابطه طولانی مدت با پزشک می‌شود که از مطلوبیت‌های سیاست پزشک خانواده برای بیمار محسوب می‌گردد (۲۰) و همچنین سطح‌بندی خدمات در نظام ارجاع، دسترسی افراد نیازمند به خدمات تخصصی‌تر بر مبنای نیاز واقعی را فراهم می‌سازد (۲۱)، بر این اساس، مراجعه کننده به منظور دریافت خدمات بهداشتی - درمانی، ابتدا به پزشک خانواده مراجعه می‌نماید و در صورت نیاز به پزشک متخصص معرفی می‌گردد و پزشک متخصص پس از انجام اقدامات درمانی و توصیه‌های لازم و انعکاس آن در فرم بازخوراند، بیمار را جهت ادامه درمان به مبدأ ارجاع معرفی می‌کند (۲۲).

هر چند که افزایش پاسخگویی و افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت و کاهش هزینه‌های غیر ضروری در بازار سلامت، از جمله اهداف سیاست پزشک خانواده می‌باشد، اما شواهد حاکی از این است که این سیاست با نقاط ضعفی همراه است (۲۳). با این وجود، در صورتی که سیاست پزشک خانواده به نحو مطلوبی اجرا گردد، مزایایی از جمله کاهش هزینه‌های کمرشکن برای بیماران، تعیین مسیر درمانی صحیح و کاهش مراجعات غیر ضروری را به همراه خواهد داشت. با توجه به این که بیش از ۴ سال از اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی می‌گذرد و دستیابی هر سیاست به اهداف از پیش تعیین شده، مستلزم ارزیابی اجرای آن می‌باشد، مطالعه حاضر با یک رویکرد کیفی به منظور ارزیابی چالش‌ها و محدودیت‌های اجرای سیاست پزشک خانواده در استان کرمان انجام پذیرفت.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش کیفی و با استفاده از بحث گروهی متمرکز نیمه ساختارمند و مرور اسنادی در سال ۱۳۸۹ انجام پذیرفت.

با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۱۰ نفر از کارشناسان که از سال اول اجرای سیاست به صورت مستمر در اجرای آن همکاری داشتند، انتخاب گردیدند. ترکیب شرکت کنندگان در بحث گروهی متمرکز کارشناسانی از دانشگاه علوم پزشکی کرمان و رفسنجان، سازمان بیمه خدمات درمانی و پزشکان خانواده بود. شرکت کنندگان با رضایت خود وارد مطالعه شدند و اطلاعات به صورت محرمانه و بدون اطلاعات هویتی نگهداری شد. از آن جایی که در زمان انجام مطالعه با وجود تفکیک دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، هنوز پیگیری امور اجرایی پزشک خانواده با دانشگاه کرمان بود، تنها نمایندگانی از دانشگاه علوم پزشکی کرمان و رفسنجان انتخاب شدند.

در این مطالعه مرور اسنادی هم صورت گرفت. منظور از مرور اسنادی، بررسی محتوای آخرین تفاهم‌نامه خدمات سطح یک و دستورالعمل‌های ابلاغی موجود مرتبط با سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در سال ۱۳۸۸ و بررسی آمارهای مقایسه‌ای سازمان بیمه خدمات درمانی مرتبط با شاخص‌های فراهمی (Availability) نیروی انسانی و تسهیلات پاراکلینیک در شهرستان‌های استان کرمان بود. این شاخص‌ها عبارت از مراکز مجری، تعداد پزشک، ماما و خدمات پاراکلینیک (داروخانه و آزمایشگاه) بودند. ملاک مقایسه آمار، سال ابلاغ اجرای سیاست در استان یعنی سال ۱۳۸۴ و سال ۱۳۸۸ (آخرین سال قبل از اجرای مطالعه حاضر بر اساس اطلاعات در دسترس) بود.

بحث گروهی متمرکز، ضبط و سپس داده‌ها به صورت مکتوب پیاده‌سازی و به همراه مرور اسنادی تحلیل گردید. از تحلیل محتوا برای تجزیه و تحلیل داده‌های بحث گروهی متمرکز و مرور اسنادی استفاده گردید.

### نتایج

نتایج مطالعه حاضر در بخش مرور اسنادی نشان داد که طبق بند ۸ تفاهم‌نامه خدمات سطح یک بیمه روستاییان و عشایر سال ۱۳۸۸، استاندارد کشوری

تعیین شده به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش بیمه روستاییان یک نفر پزشک، حداقل برای هر مرکز بهداشتی-درمانی یک پزشک، برای هر مرکز بهداشتی-درمانی حداقل یک نفر مامای دانش‌آموخته و یا به ازای هر ۲ پزشک در هر منطقه تحت پوشش، ۱ نفر مامای دانش‌آموخته لازم است. جدول ۱ شاخص فراهم بودن نیروی انسانی در سیاست پزشکی خانواده و بیمه روستایی را در مناطق مختلف استان در سال‌های ۱۳۸۴ (شروع اجرا) و ۱۳۸۸ (بعد از اجرا) نشان می‌دهد.

جدول ۱. مقایسه شاخص فراهمی نیروی انسانی در مراکز قبل و بعد از اجرای سیاست در استان کرمان در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۸\*

منطقه	نام	مراکز بهداشتی- درمانی										پزشک خانواده به ازای ۴۰۰۰ نفر				مامای دانش آموخته به ازای ۴۰۰۰ نفر									
		۱۳۸۴		۱۳۸۸		درصد رشد		کمبود		۱۳۸۴		۱۳۸۸		درصد رشد		کمبود		۱۳۸۴		۱۳۸۸		درصد رشد		کمبود	
مرکزی	کرمان	۱۶	۲۱	۳۱/۲۵	۰	۱۷	۲۰	۱۷/۶	۹	۱۵	۲۱	۴۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	بم	۷	۲۰	۱۸۵/۷	۰	۷	۳۰	۳۲۸/۵	۱۴	۵	۲۶	۴۵۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
	جمع	۲۳	۴۱	۷۸/۲	۰	۲۴	۵۰	۱۰۸/۳	۲۳	۲۰	۴۷	۱۳۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
شمال	کوهپنا	۳	۳	۰	۰	۲	۳	۵۰	-	۱	۳	۲۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
	رفسنجان	۲۴	۲۶	۸/۳	۰	۳۰	۳۴	۱۳/۳	۸	۵	۲۹	۴۸۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
	زرنند	۱۰	۱۲	۲۰	۰	۷	۱۳	۸۵/۷	۴	۲	۱۵	۶۵۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
	راور	۱	۴	۳۰۰	۰	۲	۳	۵۰	۱	۲	۴	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
	جمع	۳۷	۴۵	۲۱/۶	۰	۳۹	۵۳	۳۵/۸	۱۳	۸	۵۱	۴۳۷/۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
غرب	بافت	۱۰	۱۹	۹۰	۰	۱۶	۱۴	-۱۲/۵	۹	۰	۲۰	غ ق م**	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
	بردسیر	۶	۷	۱۶/۶	۰	۶	۱۰	۶۶/۶	۱	۰	۷	غ ق م	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
	سیرجان	۱۰	۱۰	۰	۰	۱۰	۱۹	۹۰	۲	۰	۱۵	غ ق م	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
	شهربابک	۸	۷	-۱۲/۵	۰	۸	۸	۰	-	۰	۸	غ ق م	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
	جمع	۳۴	۴۳	۲۶/۴	۰	۳۴	۵۱	۵۰	۱۲	۰	۵۰	غ ق م	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
شمال شرق	جیرفت	۵	۱۲	۱۴۰	۰	۵	۱۵	۲۰۰	۹	۳	۱۴	۳۶۶/۶	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
	کهنوج	۱	۸	۷۰۰	۰	۱	۱۲	۱۱۰۰	۶	۰	۹	غ ق م	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
	عنبرآباد	۳	۱۰	۲۳۳/۳	۰	۳	۱۴	۳۶۶/۶	۶	۰	۱۴	غ ق م	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
	منوجان	۲	۷	۲۵۰	۰	۲	۱۲	۵۰۰	۴	۰	۹	غ ق م	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
	قلعه گنج	۱	۷	۶۰۰	۰	۱	۱۱	۱۰۰۰	۴	۰	۹	غ ق م	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
	رودبار	۲	۷	۲۵۰	۰	۲	۱۳	۵۵۰	۸	۰	۱۳	غ ق م	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
	جمع	۲۱	۵۱	۱۴۲/۸	۰	۲۱	۷۷	۲۶۶/۶	۳۷	۸	۶۸	۷۵۰	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
	میانگین استان	۱۱۵	۱۸۰	۵۶/۵	۰	۱۱۸	۲۳۱	۹۵/۷	۸۵	۳۶	۲۱۶	۵۰۰	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	

\* غ ق م: میزان رشد غیر قابل محاسبه است.

\* منبع: دفتر آمار اداره کل بیمه خدمات درمانی استان کرمان

طبق جدول فوق یافته‌ها بیانگر این است که با اجرای سیاست پزشکی خانواده و بیمه روستایی در روستاها و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت، در مرحله اول اجرای سیاست، رشد ۵۶/۵ درصدی در تعداد مراکز فعال بهداشتی- درمانی ارایه دهنده خدمت در سطح استان در طی چهار سال ابتدایی اجرای سیاست مشاهده شد. همچنین در خصوص شاخص نیروی انسانی به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت استان برای نیروی انسانی پزشکی و ماما به

ترتیب رشد ۹۵/۷ درصدی و ۵۰۰ درصدی دیده شد. یافته‌های حاصل از جدول ۲ بیانگر این است که شاخص فراهم بودن خدمات در رابطه با مراکز پاراکلینیکی بعد از اجرای سیاست پزشکی خانواده و بیمه روستاییان و عشایر در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت، رشد چشمگیری در سطح استان کرمان به دنبال داشته است که این میزان در رابطه با تعداد داروخانه‌ها و آزمایشگاه‌ها در سطح روستاهای استان در طی چهار سال به ترتیب ۶۰/۹ و ۲۱۶/۶ درصد نسبت به شروع اجرای سیاست

جدول ۲. مقایسه شاخص فراهمی خدمات پاراکلینیکی قبل و بعد از اجرای سیاست در استان کرمان در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۸\*

نام منطقه	نام شهرستان	تعداد داروخانه		تعداد آزمایشگاه			
		۱۳۸۸	۱۳۸۴	۱۳۸۸	۱۳۸۴	درصد رشد	کمبود
مرکزی	کرمان	۱۰	۲۱	۵	۸	۶۰	۱۲
	بم	۷	۱۶	۱	۵	۴۰۰	۱۵
	جمع	۱۷	۳۷	۶	۱۳	۱۱۶/۶	۲۷
شمال	کوهبنان	۳	۳	۰	۲	غ ق م**	۰
	رفسنجان	۲۳	۲۶	۰	۱۰	۱۱۰	۰
	زرنند	۸	۱۲	۰	۱	۶۰۰	۰
	راور	۲	۴	۰	۱	۱۰۰	۰
	جمع	۳۴	۴۵	۰	۱۱	۱۹۰/۹	۰
	بافت	۱۵	۱۹	۰	۳	۱۶۶/۶	۱۱
غرب	بردسیر	۵	۷	۰	۱	۴۰۰	۲
	سیرجان	۱۰	۱۰	۰	۵	۴۰	۳
	شهربابک	۸	۸	۰	۱	۴۰۰	۲
	جمع	۳۸	۴۴	۰	۱۰	۱۴۰	۱۹
	جیرفت	۵	۱۲	۰	۱	۴۰۰	۷
جنوب	کهنوج	۱	۸	۰	۱	۳۰۰	۴
	عنبرآباد	۳	۱۰	۰	۵	غ ق م	۵
	منوجان	۲	۷	۰	۴	غ ق م	۳
	قلعه گنج	۱	۷	۰	۴	غ ق م	۵
	رودبار	۲	۷	۰	۴	غ ق م	۳
	جمع	۲۱	۵۱	۰	۳	۷۶۶/۶	۲۷
	میانگین استان	۱۱۰	۱۷۷	۰	۳۰	۲۱۶/۶	۷۳

\* غ ق م: میزان رشد غیر قابل محاسبه است.

\* منبع: دفتر آمار اداره کل بیمه خدمات درمانی استان کرمان

جدول ۳. چالش‌های اجرای سیاست پزشکی خانواده در استان کرمان

موضوع	مفاهیم
مکانیزم‌های انگیزشی نامناسب	نامناسب بودن پرداخت حقوق عدم ثبات شغلی حجم بالای کار تسهيلات رفاهی ناکافی امنیت نسبتاً پایین روستا
ضعف در اثربخشی آموزشی	عدم وجود دیدگاه جامعه‌نگر در نظام آموزشی ضعف در برنامه‌های بازآموزی فاصله بین آموزش‌های تئوری و عملی
ضعف در جامعیت و اجرای دستورالعمل‌ها	نبود الزامات قانونی اجرایی عدم وجود عوامل تسهیل کننده در قوانین تأخیر در ابلاغ تفاهم‌نامه‌ها عدم اجرای سیاست مطابق با مفاد دستورالعمل‌ها و قوانین
ضعف در کفایت سرانه و تخصیص آن	عدم تخصیص سرانه کافی به جمعیت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ضعف در نظام جذب پزشک و عدم تخصیص سرانه طبق استاندارد تعریف شده در مناطق محروم عدم برخورداری برخی روستائیان از بیمه روستایی و عدم تخصیص سرانه به آن‌ها
نقص در نظام مدیریت اطلاعات سلامت	به روز نبودن اطلاعات جمعیتی مناطق و اعضای تیم سلامت عدم تکمیل مناسب فرم‌های جمع‌آوری اطلاعات عدم تشکیل پرونده خانوار به صورت الکترونیک استفاده ناکافی از اطلاعات تولید شده در تصمیم‌گیری
ضعف در زنجیره ارجاع	عدم رعایت اصول نظام ارجاع توسط برخی بیماران، پزشکان خانواده و پزشکان متخصص جریان ضعیف اطلاعات دو سویه بین پزشک متخصص و خانواده توجه نبودن مسئولین سیاسی
بسترسازی فرهنگی ناکافی	مشارکت پایین جامعه در اجرای سیاست اعتماد کم مردم به خدمات پزشک عمومی

(سال ۱۳۸۴) افزایش یافته است.

یافته‌های حاصل از بحث گروهی متمرکز و مصاحبه با گروه‌های مجریان سیاست و خریدار خدمت و همچنین پزشکان خانواده به عنوان ارایه دهنده مستقیم در جدول ۳ نشان داده شده است. پاسخ‌ها در هفت موضوع طبقه‌بندی شده‌اند.

### بحث

سیاست پزشکی خانواده در جهت استقرار کامل نظام ارجاع در بخش بهداشت و درمان می باشد که

مهم‌ترین نتایج آن رفع سردرگمی مردم در مراجعه به پزشک و افزایش رضایتمندی مردم از خدمات سلامت است. البته این سیاست، اتلاف منابع را نیز به حداقل می‌رساند و صرفه‌جویی اقتصادی قابل ملاحظه‌ای به دنبال دارد. با توجه به یافته‌ها، اجرای سیاست پزشکی خانواده در طی چهار سال گذشته از شروع سیاست، باعث رشد شاخص‌های فراهم بودن در ارکان مختلف سیاست پزشکی خانواده (نیروی انسانی و خدمات پاراکلینیک) گردیده است، اما با چالش‌هایی در اجرا مواجه است. چالش‌های ذکر شده

از دیدگاه سه گروه پزشکان خانواده، نمایندگان دانشگاه علوم پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی استان در هفت موضوع طبقه‌بندی گردید که به تحلیل آن‌ها پرداخته می‌شود.

### الف) مکانیزم‌های انگیزشی نامناسب

مکانیزم‌های انگیزشی نامناسب از جمله نقاط ضعفی است که پزشکان خانواده بدان اشاره کرده‌اند. جنتی و همکاران نیز در ارزیابی نقاط قوت و ضعف سیاست پزشک خانواده از دیدگاه جمعیت تحت پوشش، پزشکان خانواده، مدیران و کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی، به این ضعف اشاره نموده‌اند (۲۴). از مهم‌ترین دلایل بی‌انگیزگی که مطرح گردید، پرداخت نشدن به موقع حقوق و مزایای آنان و عدم تناسب حقوق تعیین شده با حجم فعالیت مورد انتظار، عدم ثبات شغلی پزشکان، حجم زیاد کار با توجه به گستردگی وظایف، تسهیلات رفاهی ناکافی و امنیت به نسبت پایین در روستاهای دور افتاده می‌باشد. پزشکان خانواده اظهار داشتند که باید شرایط ویژه‌ای برای اعضای تیم سلامت در مناطق محروم در نظر گرفته شود. در صورتی که در حال حاضر علاوه بر نامناسب بودن حقوق، گاهی بخشی از آن با تأخیر پرداخت می‌شود و بخشی نیز باید صرف رفت و آمد بین شهر و روستا گردد.

از آن جا که نیروهای استخدامی، حاضر به کار در مناطق روستایی نمی‌شوند؛ به طور معمول جذب پزشک خانواده در روستاها در قالب طرح نیروی انسانی و یا به صورت قراردادی می‌باشد. بنابراین تضمینی جهت ثبات و امنیت شغلی این افراد وجود ندارد. این پزشکان عقیده داشتند زمانی که مسیر ارتقای شغلی مشخصی برایشان وجود ندارد، تمایل به ماندن در روستا و کار در شرایط دشوار را نخواهند

داشت. به دلیل توسعه نامتوازن استان کرمان، برخی مناطق از لحاظ اقتصادی، جغرافیایی، فرهنگی و ... شرایط مساعدی نداشتند و همین امر منجر به تقویت چالش‌های تیم سلامت از جمله جذب و ماندگاری پزشک و ماما در این مناطق و جذب کمتر پزشک در این مناطق می‌شود. همچنین با وجود کمبود پزشک، پزشکان جذب شده نیز ماندگاری ندارند.

نتایج حاصل از بررسی شاخص‌های نیروی انسانی در مناطق چهارگانه استان و کمبود پزشک خانواده در برخی مناطق، نشان داد که نسبت پزشک به جمعیت از حداکثر در نظر گرفته شده در دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده (۱ به حداکثر ۴۰۰۰ نفر) کمتر می‌باشد. این امر موجب کاهش انگیزه پزشکان خواهد شد؛ چرا که مبلغ حقوق تعیین شده برای یک پزشک، بر اساس ۴۰۰۰ نفر جمعیت بود، در صورتی که در مناطق بررسی شده بیش از این تعداد جمعیت تحت پوشش قرار می‌گرفت. همچنین درگیر شدن پزشک خانواده در اموری به جز ارائه خدمات بهداشتی- درمانی از جمله تشکیل پرونده، ثبت نام از روستائیان جهت صدور دفترچه بیمه روستایی و مواردی از این قبیل، باعث افزایش حجم کاری آنان می‌گردید. این افزایش حجم کار بدون در نظر گرفتن اضافه پرداخت، عامل دیگری در کاهش انگیزه پزشکان بود.

عواملی چون تسهیلات رفاهی ناکافی برای اقامت پزشکان با توجه به محرومیت مناطق روستایی و دور افتاده بودن آن‌ها منجر به این امر خواهد شد که ثبات پزشک در منطقه پایین و گردش پزشک بالا باشد. اکثر پزشکان به طور موقت فقط برای گذراندن دوره طرح به مناطق می‌آیند و یا مدت کوتاهی قرارداد می‌بندند و پس از مدتی انتقال می‌یابند. زندگی در

مناطق دور افتاده برای اعضای تیم سلامت به ویژه افراد غیر بومی، به جهت ضعف فرهنگی مناطق و شرایط دشوار زندگی از امنیت پایینی برخوردار است و به ویژه مشکلات امنیتی در شب در مراکزی که پزشک خانم مستقر می‌باشد، وجود دارد. Dieleman و همکاران نیز در مطالعه خود، عواملی چون حقوق کم و شرایط سخت کار را از عوامل دلسردی کارکنان بهداشت و درمان می‌دانند (۲۵).

### ب) ضعف در اثربخشی آموزشی

ناکافی بودن آموزش‌ها در خصوص وظایفی که از پزشکان خانواده انتظار می‌رود، عدم وجود دیدگاه جامعه‌نگر در نظام آموزشی و ضعف در مشارکت جدی در بازآموزی اعضای تیم سلامت، از جمله چالش‌های مطرح شده در خصوص نظام آموزشی پزشکان خانواده می‌باشد. فاصله بین آموزش‌های تئوری و عملی در دوران آموزش پزشک عمومی با انتظاراتی که از پزشک خانواده وجود دارد، در مطالعه کریمی و همکاران هم بیان گردیده است (۲۶). از این‌رو، با توجه به این نیازها لازم است در سرفصل‌های آموزش پزشک عمومی (مصوب وزارتخانه) بازنگری شود.

### ج) ضعف در جامعیت و اجرای دستورالعمل‌ها

وجود ضعف‌های قانونی از دیگر چالش‌های مطرح شده سیاست پزشک خانواده است. مهم‌ترین این چالش‌ها، نبود الزامات قانونی جهت مکلف نمودن پزشکان متخصص جهت همکاری در اجرای این سیاست، تکمیل فرم‌های ارجاع و ارایه پسخوراند به سطح اول می‌باشد. گلعلی‌زاده و همکاران نیز وجود قوانین دست و پاگیر را از نقاط ضعف سیاست پزشک خانواده برشمرده‌اند (۲۷).

عدم توجه به زیر ساخت‌ها و عوامل تسهیل کننده در

قوانین، از جمله قانون برنامه پنجم و دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی و نیز عدم اجرای دقیق دستورالعمل تشکیل و استفاده از پرونده سلامت در مراجعات بیمه شدگان از دیگر دلایل ضعف‌های قانونی در مطالعه حاضر برشمرده شده است.

از دیدگاه خریداران خدمت، بسیاری از موارد کسورات اعمال شده ناشی از تأخیر سالیانه در ابلاغ تفاهم‌نامه خدمات سطح یک روستاییان و عشایر و پیرو آن، تأخیر در اجرای مفاد و بندهای قانونی آن در طول سال می‌باشد. مصاحبه شوندگان این چالش را این گونه بیان کردند که در تفاهم‌نامه پیشنهادی خدمات سطح یک بیمه روستایی و عشایر، تعداد مشخصی اقلام داروی مصرفی تعیین شده است و دانشگاه‌های علوم پزشکی موظفند نسبت به تأمین این تعداد در خدمات سطح یک اقدام نمایند. در صورت فقدان اقلام دارویی در بازدید از مراکز برای ماه مورد نظر، از سهم درصد مربوط به داروی اختصاص یافته به آن مرکز کسر خواهد شد. اغلب در صورت تغییر تعداد داروی مورد تعهد در تفاهم‌نامه، ابلاغ آن با تأخیر (پس از گذشت ۶ ماه از سال)، صورت می‌گیرد و این در حالی است که مراکز، ۶ ماه ابتدای سال را طبق تفاهم‌نامه قبلی عمل می‌کنند، اما پرداخت به آن‌ها طبق تفاهم‌نامه جدید انجام می‌گیرد.

با وجود این که در دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و همچنین قانون بیمه همگانی ذکر شده است که گیرندگان خدمت بر اساس دستورالعمل مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در انتخاب پزشک خانواده خود آزاد و بر اساس ضوابط قید شده در آن، مجاز به تغییر پزشک خانواده خود هستند، اما در روستاها با الزامی کردن مسیر درمان، در



عمل این حق سلب می‌شود. حتی اگر دو یا سه پزشک در یک روستا مشغول خدمت باشند، باز هم مسئولین حقی برای مردم قایل نیستند و جمعیت طبق نظر ایشان تقسیم‌بندی می‌شود و در واقع می‌توان گفت پزشک منطقه وجود دارد، نه پزشک خانواده.

#### (د) ضعف در کفایت سرانه و تخصیص آن

در دستورالعمل اجرای پزشک خانواده، میانگین سرانه سالانه خدمات سطح اول به ازای کل جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی ساکنین روستاها و عشایر ساکن در مناطق روستایی (غیر از بیمه شدگان سایر سازمان‌های بیمه‌گر) مبلغ ۱۵۰۰۰۰ ریال در سال ۱۳۸۹ تعیین شده است. ۲ درصد کل سرانه سطح اول برای خدمات پایش و نظارت و بسترسازی و فرهنگ‌سازی در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی و ۲ درصد هم برای هزینه‌های پیش‌بینی نشده و انجام تحقیقات مربوط در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می‌گیرد. اعتبارات باقی مانده در اختیار بیمه، برای خرید خدمات درمان بستری، درمان سرپایی تخصصی و فوق تخصصی خواهد بود. از دیدگاه مجریان، ضمن پایین بودن مبلغ میانگین سرانه، درصد تخصیص یافته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با توجه به گستردگی وظایف به عنوان متولی و مجری سیاست پزشک خانواده بسیار پایین می‌باشد.

چالش دیگر، ضعف در نظام جذب پزشک در مناطق روستایی و عدم تخصیص سرانه طبق استاندارد تعریف شده در مناطق محروم است. در دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده بیان شده است که در استان‌های محروم، در شرایطی که امکان جذب پزشک وجود نداشته باشد، در صورت تأیید سازمان بیمه خدمات درمانی، کل سرانه در مراکز آن

منطقه قابل پرداخت می‌باشد. سازمان‌های بیمه‌گر با توجه به مستندات مربوط به فراخوان جذب و اقدامات مربوط، میزان تلاش دانشگاه علوم پزشکی جهت جذب پزشک را مورد بررسی قرار می‌دهند. در صورتی که تلاش کافی برای جذب پزشک انجام گرفته باشد، اما توفیقی در این زمینه حاصل نگردد، کل سرانه به ازای جمعیت از سوی بیمه پرداخت خواهد شد. مشکلی که در این زمینه از دیدگاه سازمان بیمه مطرح گردید، این است پرداخت سرانه مطابق با این استاندارد تعریف شده صورت نمی‌گیرد. در عمل، چه دانشگاه‌ها برای جذب پزشک تلاش کنند و چه تلاشی در این زمینه صورت نگیرد، اعتبارات مربوط به سرانه پزشک خانواده به دانشگاه‌های مناطق محروم پرداخت می‌شود. بنابراین دانشگاه‌ها به علت اطمینانی که از دریافت سرانه از سوی بیمه دارند، جهت جذب پزشک تلاش کافی نمی‌کنند. این موضوع ممکن است در کوتاه مدت مشکلی ایجاد نکند، اما در طولانی مدت منجر به جذب پایین و در نتیجه دسترسی پایین به پزشک خانواده خواهد شد. بنابراین لازم است با پیاده‌سازی راهبردهای توسعه‌ای مناطق محروم، زمینه جذب بیشتر پزشک و نیروی انسانی در این مناطق فراهم گردد.

طبق نظر شرکت کنندگان در پژوهش از جمله چالش‌های موجود، عدم تخصیص سرانه به روستاییان تحت پوشش سایر بیمه‌ها به مراکز بهداشت می‌باشد. سیاست پزشک خانواده تا کنون شامل روستاییان دارای دفترچه بیمه رایگان روستایی بوده است و شامل سایر ساکنین روستا که تحت پوشش بیمه‌های دیگر می‌باشند، نمی‌شود. البته این افراد از خدمات پزشک خانواده در روستا استفاده می‌نمایند؛ اما ملزم

جغرافیایی با در نظر گرفتن حجم بالای مراجعات برشمرده‌اند (۲۹).

### و) ضعف در زنجیره ارجاع

ضعف تیم سلامت در مدیریت ارجاعات و برگشت از ارجاعات از سطح بالاتر به سطح پایین‌تر، چالش دیگری است که توسط بسیاری از تحقیقات دیگر نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۳۲-۳۰، ۲۷). بسیار مشاهده شده است که نظام ارجاع توسط بیمار و پزشکان، به ویژه پزشکان متخصص رعایت نمی‌شود. با وجود توصیه‌های پزشک به بیمار جهت طی کردن مسیر صحیح ارجاع، برخی بیماران به پزشکان یا مراکز درمانی دلخواه مراجعه می‌کنند. برخی از پزشکان در سطح یک در مواردی بیمارانی را که نیاز به مراجعه به متخصص نداشته‌اند، به سطح ۲ ارجاع داده‌اند و بالعکس، موارد مورد نیاز ارجاع داده نشده‌اند. جریان ضعیف اطلاعات دو سویه بین پزشک متخصص و پزشک خانواده منجر به عدم دریافت پسخوراند و در نتیجه ضعف در کارکرد پیگیری و تداوم مراقبت از سوی پزشکان خانواده شده است. عدم همکاری پزشکان متخصص در نظام ارجاع به ویژه عدم آرایه بازخورد به سطح یک از طریق تکمیل فرم‌های ارجاع، از دیگر موارد ذکر شده در این زمینه می‌باشد.

### ز) توجیه نبودن مسئولین سیاسی

توجیه نبودن مسئولین سیاسی و اجرایی در مورد برنامه پزشکان خانواده و نظام ارجاع، مشکل دیگری است که مصاحبه شوندگان بدان اشاره نموده‌اند. این امر منجر به اعمال فشارهای سیاسی از سوی نمایندگان، بخشداران و دهیاران جهت انجام امور روستاییان به هر شیوه‌ای و بدون توجه به استانداردهای نظام ارجاع شده است.

به رعایت نظام ارجاع نیستند و سرانه‌ای هم بابت آن‌ها به مراکز بهداشت توسط سایر سازمان‌های بیمه‌گر تخصیص داده نمی‌شود.

### ه) کارآمدی پایین نظام مدیریت اطلاعات سلامت

به روز نبودن اطلاعات علمی و اداری اعضای تیم سلامت، به روز نبودن اطلاعات جمعیتی مناطق، آرایه آمار و اطلاعات به صورت دستی و در بعضی موارد ناخوانا و غیر قابل استفاده، عدم تکمیل فرم‌های ارجاع توسط پزشکان و عدم تشکیل پرونده الکترونیکی خانوار جهت دسترسی سریع به اطلاعات، از جمله چالش‌های نظام مدیریت اطلاعات سلامت می‌باشند. ضعف دیگری که در این بخش از سوی شرکت کنندگان مطرح گردید، استفاده ناکافی از اطلاعات تولید شده در تصمیم‌گیری‌های محلی و استانی است. وجود پرونده خانوار و اطلاعات آن هم در حیطه بهره‌برداری برای انجام تحقیقات نظام سلامت و هم استفاده در جهت تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در حد کفایت نیست و تصمیمات اخذ شده کمتر مبتنی بر اطلاعات جاری می‌باشد. فرح‌بخش و همکاران، در بررسی وضعیت نظام اطلاعات مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سطح مرکز بهداشت شهرستان تبریز، فقدان نظام اطلاعاتی مناسب را از جمله چالش‌های نظام اطلاعات سلامت در سطح آن شهرستان می‌دانند (۲۸).

فخرزاد و همکاران نیز در مطالعه خود جایگزین شدن سیستم‌های الکترونیکی به جای سیستم‌های کاغذی در بخش بهداشت و درمان را ضروری دانستند و دلایل آن را وجود مشکلات فراوان در زمینه مستندسازی اطلاعات، از قبیل گم شدن اطلاعات، عدم دسترسی به موقع به اطلاعات و عدم امکان دسترسی به اطلاعات بیماران در مناطق مختلف

**ی) بسترسازی فرهنگی ناکافی**

از آن جا که اجرای سیاست پزشکی خانواده به همکاری‌های بین بخشی و مشارکت مردمی نیاز دارد. فرهنگ‌سازی برای تمام تأثیرگذاران در این سیاست ضروری است. نتایج مطالعه، مقاومت مردم، پزشکان و حتی مسئولین را در برابر اجرای این سیاست نشان می‌دهد. عدم اجرای صحیح سیستم ارجاع توسط پزشکان متخصص و عدم پیگیری ارجاعات توسط پزشک خانواده و بی‌توجهی مردم به رعایت آن، نمونه‌ای از مشارکت پایین جامعه در اجرای سیاست است. دلیل این مقاومت، عدم آگاهی و آموزش کافی در مورد سیاست پزشکی خانواده و نیز عدم نگرش مطلوب به آن و اعتماد پایین به پزشکان خانواده در این رابطه می‌باشد. مطالعه نصراله‌پور و همکاران نیز به مقاومت پزشکان خانواده و پزشکان متخصص در برابر سیاست پزشکی خانواده اشاره کرده است (۳۰) که اصلاح آموزش و مداخله در این زمینه را ضروری می‌نماید. توسلی و همکاران نیز ضعف آگاهی و نگرش روستاییان نسبت به برنامه پزشکی خانواده را مورد تأیید قرار داده‌اند (۳۳). در مطالعه حاضر، اعتماد کم مردم به خدمات یک پزشک عمومی در مراقبت از سلامت یکی از مسایل مطرح شده از سوی شرکت‌کنندگان بود. همچنین اشاره شد که این مسأله ریشه در باورهای فرهنگی دارد و شدت و ضعف آن در محیط‌های مختلف متفاوت است.

نتایج این مطالعه، تنها یک ارزیابی مقدماتی و مقطعی از چالش‌های اجرای سیاست پزشکی خانواده در محدوده استان کرمان است و تنها به زوایای چالش‌های اجرای سیاست از منظر برخی از ذینفعان پرداخته است. بنابراین انجام سایر مطالعات با حجم نمونه متفاوت و با روش‌های دیگر به

منظور بررسی سایر ابعاد سیاست پزشکی خانواده توصیه می‌گردد.

**نتیجه‌گیری**

از آن جا که سیاست پزشکی خانواده بعد از نظام PHC (Primary health care) دومین اصلاح بزرگ محوری در نظام سلامت کشور است، بایستی با بهره‌گیری از نتایج این مطالعه به رفع مسایل و چالش‌های سیاست پزشکی خانواده پرداخت.

شفافیت و جامعیت بیشتر در دستورالعمل‌ها و تفاهم‌نامه‌های اجرایی سیاست، توجه به نیازهای انگیزشی و نیازهای آموزشی، تعیین سرفصل‌های آموزشی جهت پزشکان خانواده، از طریق مشارکت دادن تمامی ذینفعان در بازنگری و اصلاحات، ضروری به نظر می‌رسد. بازنگری و بهبود روش‌های جمع‌آوری اطلاعات محیطی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در رفع مسایل مربوط به نواقص اطلاعاتی و به روز نمودن آن‌ها کمک خواهد کرد. از آن جا که بخشی از مشکلات اجرای سیاست پزشکی خانواده مربوط به عدم رعایت برخی اصول توسط مردم، پزشکان و مسئولین می‌باشد، برنامه‌ریزی آموزشی مستمر در تمام سطوح جهت ارتقای آگاهی، نگرش و فرهنگ صحیح بهره‌مندی از خدمات پزشکی خانواده لازم است تا مجری، خریدار خدمت و ارایه دهندگان در زمینه اطلاع‌رسانی بیشتر و آگاهی‌بخشی عمومی به روستاییان همکاری نمایند. همچنین جهت رفع مسایل بین بخشی و ایجاد هماهنگی بیشتر میان ذینفعان، اصلاح و تغییر ساختار تصمیم‌گیری از حالت تک محوری به سیاست‌گذاری مشترک محلی بین عرضه کننده خدمت و تأمین کننده مالی با فعال‌سازی و تقویت کمیته‌های مشترک استانی و کشوری پیشنهاد می‌گردد.

## تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله مراتب تشکر و قدردانی را از تمامی

مصاحبه شوندگانی که پژوهشگران را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، اعلام می‌دارد.

## References

1. Hanberger A. What is the policy problem? Methodological challenges in policy evaluation. *Evaluation* 2001; 7(1): 45-62.
2. Emami Meibodi R, Ashtarian K. Designing the evaluation system of public policies in the Islamic Republic of Iran. *Iranian Political Sci Association J* 2012; 7(2): 7-47.
3. Habicht J, Kunst AE. Social inequalities in health care services utilisation after eight years of health care reforms: a cross-sectional study of Estonia, 1999. *Soc Sci Med* 2005; 60(4): 777-87.
4. van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling GJ, Crebolder HF, van Schayck CP. Use of out of hours services: a comparison between two organisations. *Emerg Med J* 2003; 20(2): 184-7.
5. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited--protecting patients from overtreatment. *N Engl J Med* 1992; 327(6): 424-9.
6. Tabenkin H, Gross R. The role of the primary care physician in the Israeli health care system as a 'gatekeeper'--the viewpoint of health care policy makers. *Health Policy* 2000; 52(2): 73-85.
7. Sweeney B. The referral system. *BMJ* 1994; 309(6963): 1180-1.
8. Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenewegen P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *J Health Serv Res Policy* 2000; 5(1): 22-6.
9. Gervas J, Perez FM, Starfield BH. Primary care, financing and gatekeeping in western Europe. *Fam Pract* 1994; 11(3): 307-17.
10. Sorensen TH, Olsen KR, Vedsted P. Association between general practice referral rates and patients' socioeconomic status and access to specialised health care a population-based nationwide study. *Health Policy* 2009; 92(2-3): 180-6.
11. Klein R. The new politics of the national health service. 4<sup>th</sup> ed. London, UK: Prentice Hall; 2001.
12. Starfield B. Is strong primary care good for health outcomes? In: Griffin J, editor. *The future of primary care*. London, UK: Office of Health Economics; 1996.
13. Shadpour K. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. *Hakim Res J* 2006; 9(3): 1-18.
14. Ministry of Health and Medical Education. Main report of family physician program performance in 2006-7. 2007.
15. Wang H, Gusmano MK, Cao Q. An evaluation of the policy on community health organizations in China: will the priority of new healthcare reform in China be a success? *Health Policy* 2011; 99(1): 37-43.
16. Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. *Health Policy Plan* 2011; 26(2): 163-73.
17. Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring performance of family physicians in Yazd. *Toloo-e-Behdasht* 2009; 8(1-2): 16-25.
18. Li H, Yu W. Enhancing community system in China's recent health reform: An effort to improve equity in essential health care. *Health Policy* 2011; 99(2): 167-73.
19. Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: The mutual satisfaction of physicians and health care team members. *Razi J Med Sci* 2012; 18(92): 23-30.
20. Amado CA, Santos SP. Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: the case of the Portuguese health centres. *Health Policy* 2009; 91(1): 43-56.
21. Davoudi S. Introduction to health sector reform. 1<sup>st</sup> ed. Tehran, Iran: Asar-e-Mouaser; 2006.
22. Ministry of Health and Medical Education. Family physician instructions. 2010.
23. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(2): 143-7.
24. Jannati A, Maleki MR, Gholizade M, Narimani MR, Vakeli S. Assessing the strengths and weaknesses of family physician program. *Knowledge & Health Journal* 2010; 4(4): 39-44.
25. Dieleman M, Cuong PV, Anh LV, Martineau T. Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. *Hum Resour Health* 2003; 1(1): 10.
26. Karimi M, Mirzaei M, Rahim Z. Educational needs of family physicians in Yazd province. *J Med Education & Development* 2012; 6(1): 39-46.
27. Golalizadeh E, Moosazadeh M, Amiresmaili M, Ahangar N. Challenges related to second level of the referral system in family medicine plan: A qualitative research. *J Med Council Iran* 2012; 29(4): 309-21.
28. Farahbakhsh M, Zakeri A, Khodaei N. Health information system in the district health center, Tabriz. *Scientific J School Public Health & Institute Public Health Res* 2008; 6(3-4): 1-10.
29. Fakhrzad M, Fakhrzad N, Dehghani M. The role of electronic health records in presenting health

- information. Magazine of Elearning Distribution in Academy 2012; 2(4): 31-40.
30. Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran 2008. J Babol Univ Med Sci 2010; 11(6): 46-52.
31. Hosseini SR, Dadash Pour M, Mesbah N, Hajian K, Haji Ahmadi M, Sajadi P, et al. Assessment of referral system in health care delivery center of Paengatab, Babol, 2003. J Babol Univ Med Sci 2012; 7(3): 85-90.
32. Alidosti M, Tavassoli E, Khadivi R, Sharifirad Gh. A survey on knowledge and attitudes of rural population towards the family physician program in Shahrekord city. Health Inf Manage 2011; (Suppl7): 629-36.
33. Tavasoli E, Alidousti M, Khadivi R, Sharifirad Gh, Hasanzade A. Relationship between knowledge and attitudes of rural people with information resources about family physician program in Shahrekord (2010). J Health Syst Res 2010; 6(3): 498-505.

## The Challenges of Implementing Family Physician and Rural Insurance Policies in Kerman Province, Iran: A Qualitative Study

Mohammad Hossein Mehroolhassani<sup>1</sup>, Mohammad Jafari Sirizi<sup>2</sup>,  
Samira Sadat Poorhoseini<sup>2</sup>, Vahid Yazdi Feyzabadi<sup>3</sup>

### Abstract

**Background:** Assessment of policies and determining their challenges are necessary to improve and reform health systems. Family physician and rural insurance policies have been the second important phase of changes in health services provided in Iranian villages and towns with populations under 20,000. This study aimed to identify the challenges of implementing these policies in Kerman Province, Iran.

**Methods:** This qualitative study was carried out in 2010 through semi-structured focus group discussions and document reviews. Purposive sampling was used to select 10 policy executives from Kerman University of Medical Sciences and Medical Insurance Organization and family physicians. Data from the focus groups and document reviews was analyzed by content analysis.

**Results:** The challenges were categorized into seven main groups including improper motivation initiatives, inadequate educational effectiveness, poor comprehensiveness in instructions and arrangements, deficient per capita resources, low efficacy of health information management systems, lack of a suitable referral chain, and inadequate cultural infrastructure.

**Conclusion:** The success of every policy depends on periodical assessments of its implementation challenges. Considering the expansion of family physician policy in larger urban areas, more attention should be paid by the national and local authorities to eliminate the identified barriers and constraints.

**Keywords:** Family medicine, Rural insurance, Assessment, Challenges, Policy implementation, Iran

1- Assistant Professor, Research Center for Health Services Management, Institute of Future Studies in Health, School of Management and Health Informatics, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Research Center for Health Services Management, Institute of Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- PhD Student in Health Policy, Research Center for Health Services Management, Institute of Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

**Corresponding Author:** Vahid Yazdi Feyzabadi, Email: v\_yazdi@kmu.ac.ir

**Address:** Research Center for Health Services Management, Kerman University of Medical Sciences, Jahad Blvd., Ebn Sina Avenue, Kerman, Iran

**Tel:** +98-341-2263719

**Fax:** +98-341-2263857